

## Zákány Judit<sup>1</sup>: A felróhatóságot nem vizsgáló felelősségi rendszer alapvonásainak bemutatása az új-zélandi szabályozás tükrében

Debreceni Jogi Műhely, 2009. évi (VI. évfolyam) 3. szám (2009. július) 72-81.

Tanulmányommal egy sajátos, számos előnyös jellemzővel rendelkező, mindezek ellenére *csak néhány ország által alkalmazott rendszert* szeretnék bemutatni az egészségügyi ellátás során bekövetkező károk kompenzációján keresztül. Az általános jellemzőinek leírását követően a modell gyakorlati működését ismertetem a felróhatóságot nem vizsgáló kompenzáció *mintaállamának tekinthető Új-Zéland* vonatkozó jogi szabályozásának feltárásával. Itt vezették be ezt a modellt a világon először, 1974-ben. Azóta több alkalommal került sor reformok bevezetésére,<sup>2</sup> tökéletesítésre, azonban a lényegi jellemzők, az alapvető célok a bevezetése óta nem változtak. Új-Zéland mellett a skandináv országokban, Svédországban, Finnországban, Dániában és Norvégiában találkozhatunk ezzel a rendszerrel. Végezetül a modell előnyös és hátrányos jellemzőinek számba vételével értékelem a rendszert.

### 1. Általános jellemzők

A hagyományos felelősségi rendszerek esetén a kártérítés megítélésének négy konjunktív feltétele van. Szükséges, hogy jogellenes magatartással okozati összefüggésben kár keletkezzen, és a károsító eseménynek a károkozó számára felróhatónak kell lennie. A felróhatóságot nem vizsgáló felelősségi rendszerek alapvető jellemzője viszont az, hogy ahhoz, hogy a károsult kártérítésben részesüljön *nem szükséges elem a károkozó személy magatartásának felróhatósága*. Ezt sem vizsgálni sem bizonyítani nem kell. Így az eljárás során *a bizonyításnak arra kell kiterjednie, hogy a beteget az elvégzett beavatkozással vagy annak elmaradásával okozati összefüggésben kár érte*.<sup>3</sup>

Az egészségügyi ellátás során keletkezett károk megtérítése érdekében az egészségügyi szolgáltatók szerződést kötnek a biztosítóval, mely vállalja, hogy az ellátás során keletkezett károk megtérítése érdekében előre meghatározott összeget fizet. Tulajdonképpen egy *harmadik személyek javára szóló balesetbiztosítás jön létre* ezáltal, ugyanis a betegnek minden az ellátással összefüggésben keletkezett kárát olyan balesetnek tekintik, amely a biztosítási szerződés hatálya alá tartozik és amelynek bekövetkezése esetén a biztosító előre meghatározott összeget fizet a károsultnak.<sup>4</sup> A beavatkozással együtt járó szokásos kockázatokért a biztosító nem fizet. Azt, hogy mennyi kártérítést kap a károsult előre meghatározott séma szerint számítják ki, az egyes kártípusokhoz rendelt különböző összegek alapján. Megállapítható, hogy a no-fault compensation system-et alkalmazó országokban *jóval több kártérítési igényt érvényesítenek, jóval többen jutnak kompenzációhoz, azonban az eljárási költségek és a kártérítési összegek ennek ellenére is jóval alacsonyabbak*, mint a hagyományos rendszerekben. A kártérítési igény vizsgálata nem bíróság által peres eljárás keretében történik, hanem egy erre a célra felállított adminisztratív testület végzi el. A felróhatóság vizsgálatának hiányában az eljárás leegyszerűsödik, felgyorsul. Az alapvető jogelveknek megfelelően természetesen van lehetőség fellebbezésre a testület döntéseivel szemben és Svédországban végső fokon a bírói út igénybe vételének lehetősége is nyitva áll. Az azonban megállapítható, hogy kevesen fordulnak bírósághoz a testület döntéseivel szemben, Svédországban a döntések 2,5-4 %-a érintett.<sup>5</sup>

Amennyiben a páciens nem kívánja ezen rendszer szerint érvényesíteni az igényét, lehetősége van arra, hogy a hagyományos, peres utat vegye igénybe. De a tapasztalatok azt mutatják, hogy a felróhatóságot nem vizsgáló kártérítési rendszerekben ez nem jellemző a károsultak részéről.

## 2. Az új-zélandi rendszer bemutatása

### 2.1. Történeti előzmények

A történeti áttekintés első momentumaként megemlítendő, hogy a felróhatóságot nem vizsgáló rendszer bevezetését megelőzően Új-Zélandon is a hagyományos felróhatósági rendszer alapján bírálták el a kártérítési igényeket, amely rendszer mintájául a gyarmatosító anyaország, Nagy Britannia szolgált. A felróhatóságot nem vizsgáló felelősségi rendszer történeti alapjainak feltárásához több mint egy évszázadnyi időre kell visszatekintenünk, bár a legjelentősebb fejlődés az utóbbi 30-35 évre tehető. Elsőként egy 1900-ban született egy törvényt<sup>6</sup> kell megemlítenünk, amely valamennyi munkahelyi baleset, valamint a foglalkozási ártalom következtében előállott személyes sérelem esetére előírta kompenzáció biztosítását a munkavállaló számára. Ez a munkavállalói jogosultság a munkáltatói oldalon megteremtette a biztosítóval való szerződéskötési kötelezettséget a keletkező károk kielégítése végett. Ebben az időszakban az 1900-as törvény újítása ellenére még nyitott volt a munkások számára az a megoldás is, hogy a kárigényüket a hagyományos rendszer szerint bíróság előtt érvényesítsék. A két modell egymás mellett létezett, de csak egymás alternatívájaként, a párhuzamos igényérvényesítés lehetősége ugyanis ki volt zárva.<sup>7</sup>

Bár a munkavállalók számára megnyitott új lehetőség kedvező változásokat hozott, azonban mégis számos ponton volt vitatható a hatékonysága. Problémaként jelentkezett, hogy gyakran nehézséget okozott annak a megállapítása, hogy az adott sérelem a törvény hatálya alá tartozik-e és ezáltal kompenzálható-e ebben az új rendszerben. Kritikaként említhető meg az is, hogy alacsony kártérítési összegeket biztosított és rövid időtartamra, a sérelem súlyosságától függetlenül legfeljebb 6 éves időtartamra és a sérült személy rehabilitációjának biztosítására sem figyelt kellőképpen. Emellett nem fordított elegendő figyelmet a jövőbeni balesetek prevenciójára.

A történeti fejlődés következő jelentős állomásaként *1960 említhető meg, amikor is felállításra került egy parlamenti bizottság Sir Owen Woodhouse vezetésével.* A bizottság célja a munkavállalók kompenzációs rendszerének tanulmányozása, a problémák feltárása, egy jövőbeni út kijelölése volt. A bizottság a vizsgálódás során feltárt eredményeit, valamint egy jövőbeni kompenzációs rendszerre vonatkozó javaslatait 1967-ben összegezte a *Woodhouse Jelentésben*. A bizottság álláspontja szerint az egész kártérítési rendszert a munkavállalókat ért sérelmek kompenzációja érdekében felállított modell alapján kellene átalakítani, teljes egészében helyettesítve a felróhatósági alapon nyugvó common law mintára kialakított kártérítési rendszert. A miniszterelnök is egyetértett a javaslattal. Véleménye szerint a no-fault system bevezetése következtében sokkal többen tudnának igényt érvényesíteni, sokkal egyszerűbb eljárás keretében lévén, hogy a felróhatóságot nem kell bizonyítani. Így a hagyományos kártérítési rendszer felváltása a felróhatóságot nem vizsgáló modellel hozzájárulna a társadalmi jólét növeléséhez.<sup>8</sup>

A Woodhouse Jelentés 5 alapvető elvet fektetett le, amelyek a mai napig az új-zélandi rendszer alapjául szolgálnak. A jogalkotás is ezen alapelveknek megfelelően történik, az aktuális törvénymódosításokat is az ezen céloknak való megfelelés motiválja abban az

esetben, ha a rendszer a gyakorlati működés során eltérést mutatna a kívánatos úttól. A Woodhouse elvek<sup>9</sup> a következők:

- Községi kollektív felelősségvállalás, azaz a balesetekkel kapcsolatos költségeikért az alapvető felelősséget az egész községnek kell vállalnia.
- Széleskörű jogosultság, azaz a méltányosság azt kívánja meg, hogy segítséget nyújtsanak mindazon állampolgároknak, akik baleset elszenvedése miatt váltak munkaképtelenné, függetlenül annak az okától, helyétől és időpontjától.
- Teljes rehabilitáció, azaz segíteni kell a balesetek áldozatait abban, hogy a lehető legrövidebb időn belül visszanyerjék megfelelő egészségi állapotukat.
- Valós kompenzáció, azaz a kártérítésként kifizetett összegnek a tényleges sérelemhez kell igazodnia.

Adminisztratív hatékonyság, azaz a pénzügyi források gyűjtése, az eljárás lefolytatása és a kompenzációs összegek kifizetése minél gördülékenyebben történjen.

1972-ben Új-Zéland parlamentje egyhangúlag elfogadta a *baleseti kompenzációról szóló törvényt* (továbbiakban: ACA<sup>10</sup>), amely eredeti formájában csak a munkahelyi baleset áldozatául váló munkavállalók és az autóbalesetet szenvedett utasok számára nyújtott fedezetet. A törvényt azonban hatályba lépését megelőzően módosították és a fent említett személyi kategóriákon túl kiterjesztették valamennyi új-zélandi állampolgárra, továbbá azon külföldiekre is, akik új-zélandi látogatásuk alatt szenvednek balesetet. A módosított ACA 1974-ben lépett hatályba a világon elsőként bevezetve a *felróhatóságot nem vizsgáló felelősségi rendszert* Új-Zélandon.

A balesetek következtében előállott károk fedezésére a törvény *három pénzalapot állított fel*. Az egyik a *munkavállalói alap* volt, amelynek a bevételeit a munkavállalókra és az önfoglalkoztatókra kivetett járulékok egy része képezte. Emellett felállították az *autóbaleseti alapot*, amelynek forrása a gépjármű tulajdonosok által fizetett összegek jelentették. A harmadik alap az úgynevezett *kiegészítő alap* volt, amelynek a forrása a kormány által nyújtott támogatásból származott.<sup>11</sup>

Az 1974-es törvényt több alkalommal változtatták meg,<sup>12</sup> a jelenleg hatályos *2001-es sérelmek megelőzéséről, rehabilitációjáról és kompenzációjáról szóló törvényt* (továbbiakban: IPRA<sup>13</sup>) 2005-ben módosították néhány ponton.

## 2.2. A hatályos szabályozás bemutatása

### 2.2.1. A Baleseti Kompenzációs Bizottságról (továbbiakban: ACC<sup>14</sup>)

Az ACC a 2001-es törvény által felállított *adminisztratív testület*, amely a felróhatóságot nem vizsgáló felelősségi rendszer központi szereplője. A testület élén egy maximum 8 tagból álló igazgatóság áll, amelynek a tagjait 3 éves periódusokra választják. Az ACC elsődleges funkciója a személyes sérelmek bekövetkezésének megelőzése, a gyakoriságuk és súlyosságuk csökkentése. Sérelem bekövetkezése esetén ez a *testület bírálja el a benyújtott kérelmeket és dönt a kompenzáhatóságról*. Az eljárás sokkal gyorsabb, költséghatékonyabb, mint a hosszadalmas kártérítési perek. Évente körülbelül 1,4 milliárd dollárt folyósít a balesetet szenvedett személyek számára, mely kifizetéseknek 4 jogcíme lehetséges:<sup>15</sup>

- a kezelés és a rehabilitáció költségeinek fedezete
- heti járadék a kiesett keresetkiesés pótlására

- egyösszegű kártérítési átalány 70.000 dolláros összeghatárig a sérelem kompenzációjára
- a sérelmet szenvedett személy halála esetén a túlélő házastárs illetve 18 éven aluli gyermek támogatása

Ezen összegek forrásául a Woodhouse alapelveknek megfelelően a közösségi kollektív felelősségvállalás szolgál. A kormány *7 különböző pénzalapra* osztja az egyes csoportok által befizetett összegeket, melyeknek a kezelését az ACC végzi. A dolgozat témájának szempontjából kiemelendő, hogy a *7 pénzalap egyike az egészségügyi ellátás során keletkezett sérelmek kompenzációjának fedezetéül szolgáló alap*, amelynek forrásául a regisztrált egészségügyi szolgáltatók által teljesített befizetések szolgálnak. Amennyiben ez az alap nem nyújt elegendő fedezetet az ellátás során bekövetkezett baleset kompenzációjára, a források kiegészíthetők más pénzalapokból is.<sup>16</sup>

### 2.2.2. Az IPRCA felépítése<sup>17</sup>

Az IPRCA 2001 szeptemberében került elfogadásra és a rendelkezéseinek nagy része 2002. április 1-jén lépett hatályba. Így az ezen törvény által bevezetett újdonságokat<sup>18</sup> csak a 2002. április 1 után keletkezett sérelmek kompenzációja során lehet alkalmazni.

**Megelőzés:** A törvény a balesetek megelőzésével kapcsolatos tevékenységet jelöli meg az ACC elsődleges feladataként. A *költségek csökkentése* ugyanis a leghatékonyabb úgy valósítható meg, ha megelőzzük a károsító eseményt, amelyre kompenzáció kérhető, ha a hatékony prevenció tevékenységnek köszönhetően a sérelem be sem következik. A megelőzés kapcsán kulcsfontosságú a bekövetkezett sérelmekkel kapcsolatos információk rendelkezésre állása. Ezen adatok gyűjtése valamennyi állami szervnek feladata, rendszerezésüket a szerv egy alkalmazottja<sup>19</sup> végzi.

**Rehabilitáció:** A rehabilitáció kapcsán a törvény célul tűzi ki a *sérelmet szenvedett személy számára egy megfelelő életminőség biztosítását* azáltal, hogy a lehető legnagyobb mértékben igyekeznek segíteni a károsult személy egészségi állapotának javulását, a függetlenségének visszaállítását és a társadalmi életben való aktív részvételét az IPRCA-ban biztosított eszközök alkalmazásával. Ennek érdekében elsőként a károsult személy szükségleteit kell meghatározni, majd azt kell megvizsgálni, hogy az IPRCA-ban biztosított támogatások közül melyik lenne a legmegfelelőbb a fent ismertetett cél eléréséhez. Fontos kiemelni, hogy az ellátásokra való jogosultság a sérelmet szenvedett személy részéről is megfelelő magatartást feltételez. *A károsultnak is mindent meg kell tennie annak érdekében, hogy a rehabilitációja minél rövidebb idő alatt minél nagyobb eredményre vezessen.* Így megkövetelt például, hogy Az ACC által kijelölt egészségügyi specialista által készített rehabilitációs tervnek megfelelően működjön együtt. Amennyiben a sérelmet szenvedett személy nem tesz eleget az együttműködési kötelezettségének, akkor az ACC-nek joga van felfüggeszteni vagy megvonni a további támogatást. Azonban az addig kifizetett összegeket nem követelheti vissza.<sup>20</sup> A rehabilitációnak több szintjét különíthetjük el:

- *Társadalmi rehabilitáció*, amelynek célja az, hogy a károsultat képessé tegyék arra, hogy mások segítségével függetlenül a mindennapi élethelyzetekben önállóan boldoguljon. Ennek megvalósulása érdekében a törvény lehetővé teszi például a különböző segédeszközök (például tolószék, járókeret) biztosítását, vagy az otthoni körülmények módosítását és az otthon alkalmassá tételét az önálló életvitelre.

- *Szakmai átképzés:* nyilvánvalóan az elsődleges cél az, hogy a károsult a baleset bekövetkezését megelőzően fennálló foglalkozását tudja folytatni. Viszont amennyiben ez nem lehetséges számba kell venni egyrészt az érintett képzettségével kapcsolatos adatokat, illetőleg felmérni az egészségi állapotát és e két tényező figyelembe vételével megállapítani, hogy milyen munkalehetőség lenne számára a legmegfelelőbb. Ennek alapján kell segíteni a megfelelő szakmai átképzést.
- *Kezelés:* alapvető cél, hogy a károsult személynek megfelelő színvonalú egészségügyi ellátást biztosítsanak, mind a fizikai mind a mentális sérelmek helyreállítása érdekében. A minél hatékonyabb ellátás biztosítása érdekében az ACC támogatást nyújthat az egészségügyi szolgáltatók számára, hogy megfelelő sürgősségi ellátást, valamint járó-és fekvőbeteg ellátást tudjanak biztosítani.
- *Kiegészítő szolgáltatások* biztosítása, melyek a kezelés és rehabilitáció elősegítését szolgálják. Ilyen szolgáltatásnak minősül például a sürgősségi betegszállítás, a rehabilitációs kezelésekre való eljutás segítése, amennyiben szükséges kísérő személy biztosítása ezen alkalmakkor vagy például a szállásköltséggel kapcsolatos támogatás.

### **Kompenzáció:**

- *A kártérítési átalányösszeg* bevezetése a 2001-es törvény egyik jelentős újításának tekinthető. Kezdetben 70.000 dollárban maximálták az összegét, de ez a határ időszakonként módosul a fogyasztói árindex alakulását követően.<sup>21</sup> A kompenzáció ezen formájához való hozzájutásnak két konjunktív feltétele van. Csak abban az esetben van lehetőség az igénybe vételére, ha a sérelem 2002. április 1-jét, azaz a törvény hatályba lépését követően keletkezett. A másik feltétel pedig az, hogy a baleset következtében legalább 10 %-os képességszökkenésnek kell bekövetkeznie. A felső és alsó összeghatáron belül mozogva a sérelem súlyosságához igazodva történik az összeg megállapítása.
- Szintén a kompenzációs eszközök közé sorolható a *heti járadék* is, amely a kiesett kereset pótlására szolgál. A járadék összegének alapjául a sérelmet szenvedett személy balesetet megelőző keresete szolgál. Nem számítható be a kereset megállapításakor az az időszak, amikor nem fizetett betegszabadságot vett igénybe a károsult, továbbá az az időtartam sem, amely alatt korábban heti járadékban részesült. Azon időmunkások is jogosultak lesznek a járadékra, akiknek a személyes sérelme a foglalkoztatásuk alatt vagy legkésőbb annak megszűnését követő két héten belül következett be. A heti járadék összege vagy a munkaképtelenség fokához igazodik vagy a minimálbér 80 %-át fizetik ki attól függően, hogy a károsult számára melyik kedvezőbb.
- *Halál esetére szóló támogatást* biztosít a temetési segély, valamint a túlélő házastárs illetve 18 éven aluli gyermek számára biztosítandó kompenzációs összeg.

### **2.2.3. Az egészségügyi ellátás során bekövetkezett sérelmekkel kapcsolatos igényérvényesítés**

#### **2.2.3.1. Az IPRCA hatálya alá tartozó igények<sup>22</sup>**

Általánosságban azt mondhatjuk, hogy az Új-Zéland határain belül balesetet szenvedettek személyes sérelmei tartoznak a rendszer keretében kompenzálható károk közé. Az IPRCA rendelkezései közül a dolgozat témájának szempontjából azok relevánsak, melyek az egészségügyi ellátás során bekövetkező balesetekkel<sup>23</sup> kapcsolatosak és arra adnak választ, hogy milyen feltételek fennállása esetén tartozik egy egészségügyi ellátás során bekövetkező

káresemény a törvény hatálya alá. Ahhoz, hogy az elszenvedett sérelem egészségügyi balesetnek minősüljön, három feltételnek kell megfelelnie:

- a károsult sérelmét valamilyen kezelés igénybevétele okozta
- a kezelésben egészségügyi specialista vagy az ő felügyelete alatt álló személy részesítette a károsultat
- a sérelem úgynevezett orvosi hiba<sup>24</sup> vagy orvosi baleset<sup>25</sup> következtében állt elő

A törvény az egészségügyi baleseteknek két formáját különbözteti meg. Az egyik az orvosi hiba következtében előállott károsodás. Ez nagyban hasonlít a hagyományos kártérítési rendszerekből ismert felróhatóságra, ugyanis akkor beszélhetünk orvosi hibáról, hogyha a kezelést végző orvos nem tartotta be a kezelés szokásos rendjét és nem úgy cselekedett, ahogy az az adott körülmények között ésszerűen elvárható. Nem minősül orvosi hibának az, ha a kezelés nem valósította meg a kívánatos eredményt, továbbá az sem, hogyha a kezelést követően bebizonyosodik, hogy egy más típusú kezelés jobb eredményt hozott volna.

Az egészségügyi balesetek másik formája az orvosi baleset, amelyet az orvosi kezelés káros következményeként definiál a törvény. Ahhoz, hogy egy káresemény orvosi balesetnek minősüljön szükséges, hogy a beteget egy egészségügyi specialista részesítse megfelelő, szabályos kezelésben, annak a valószínűsége, hogy a kezelés kedvezőtlen következményekkel fog járni ne legyen számottevő<sup>26</sup> továbbá, hogy az előállott káros következmény súlyosnak minősüljön.<sup>27</sup>

#### **2.2.3.2. Az igényérvényesítés szabályai**

Ahhoz, hogy egy egészségügyi baleset áldozatává vált személy kártérítésben részesüljön, kompenzáció iránti *kérelemmel kell fordulnia az ACC-hez*. A kérelemben meg kell jelölni, hogy milyen sérelmet szenvedett és azt is, hogy mi a kártérítésre való jogosultságának az alapja, hogy miért is tartozik az ő sérelme az IPRCA hatálya alá. A kérelem benyújtásának határideje a baleset bekövetkezésétől számított 12 hónap. Bár az ACC pusztán amiatt, hogy a kérelmező elmulasztotta a fent említett határidőt nem utasíthatja el automatikusan a kérelmet, de abban az esetben, hogyha a kérelem késedelmes benyújtása, az eltelt hosszú idő akadályozza a testületet a megfelelő döntés meghozatalában, akkor erre hivatkozással elutasíthatja azt. Az ACC kérheti a kérelmezőtől, hogy a sérelemmel kapcsolatos lényeges kérdésekre adjon választ valamint, hogy csatoljon be bizonyos a testület által kért iratokat, például orvosi leleteket.

A kérelem beérkezésétől számított 2 hónapon belül a testületnek meg kell vizsgálnia a kérelmet. A vizsgálat megtörténtét követően az ACC vagy a döntés meghozataláról értesíti a kérelmezőt és ismerteti annak tartalmát, vagy arról, hogy a döntés meghozatalához időre és további kérdések tisztázására van szükség. A döntés meghozatalára vonatkozó végső időhatár a kérelem benyújtásától számított 9 hónap.<sup>28</sup>

Amennyiben a kérelmet elutasítják kötelező ennek okait feltárni, továbbá kötelező tájékoztatni a kérelmezőt a felülvizsgálati kérelem benyújtásának lehetőségéről, valamint a felülvizsgálat előterjesztésének határidejéről.

Abban az esetben, hogy ha a sérelem orvosi hiba miatt következett be az ACC köteles a döntéséről tájékoztatni mindazon egészségügyi szolgáltatót, specialistát vagy szervezetet, amelyeknek vagy akiknek a tevése vagy mulasztása a kérelem alapjául szolgált.

### 2.2.3.3. A felülvizsgálat folyamata<sup>29</sup>

A sérelmet szenvedett személy *abban az esetben kérhet felülvizsgálatot, ha a kérelmét az ACC elutasította, vagy ha indokolatlanul késedelmeskedett a döntés meghozatalával.* A felülvizsgálati kérelmet írásban, a vitatott döntés kézhezvételétől számított 3 hónapon belül kell benyújtani.

A kérelem beérkezését követően az ACC *független bírálókat jelöl ki*, akiknek a feladata egyrészt az, hogy az eset körülményeit újra megvizsgálják, másrészt pedig meghallgatást kell tartaniuk az esettel kapcsolatban. A meghallgatáson az ACC képviselői is megjelennek, valamint, ha valószínűsíthetően orvosi hiba miatt következett be a sérelem, akkor azon egészségügyi szolgáltatók képviselői is, amelyek által nyújtott kezelés miatt a sérelem bekövetkezett. A meghallgatást követően a független bírálónak 28 napja van, hogy meghozza a döntést, melynek során teljesen függetlenítenie kell magát attól az eljárástól, azoktól az érvektől, amely alapján az ACC meghozta a vitatott döntést. A független bíráló döntésével szemben is van helye jogorvoslatnak, mellyel a kérelmező, az ACC vagy akár az érintett egészségügyi szolgáltató<sup>30</sup> is élhet, és amelyet a kerületi bírósághoz kell benyújtani.

Fontos megemlíteni, hogy bár nagyon szűk körben, de bizonyos esetekben van arra lehetőség, hogy a károsult amellet, hogy az ACC-n keresztül kompenzációhoz jut bírósághoz forduljon *a károkozás feltűnő jogellenessége miatt a kár tényleges összegét meghaladó kártérítés*<sup>31</sup> iránt. Ezt az összeget a károsult nem az őt ért személyes sérelem kompenzációjaképpen kapja, hanem a károkozói oldalon felmerülő, kirívóan jogellenes magatartás miatt. Mint említettem erre csak limitált esetkörben van lehetőség, amennyiben a károkozót bűnös szándék, bosszúvágy vezérli, vagy önkényesen figyelmen kívül hagyja a sértett alapvető jogait.

### 2.3. A rendszer értékelése

A felróhatóságot nem vizsgáló kompenzációs rendszer általános jellemzőinek és egyik mintaállamának bemutatását követően szeretném értékelni a modellt az előnyös és hátrányos tulajdonságok számba vétele révén. Mindenekelőtt nagy pozitívként emelném ki *az igényérvényesítési eljárás egyszerű, gyors és költséghatékony voltát.*

- Az eljárás lényegesen *egyszerűbb* lesz a hagyományos bírósági kártérítési rendszerekhez képest, ugyanis a kompenzáció odaítéléséhez elegendő azt bizonyítani, hogy a beteget az egészségügyi beavatkozással vagy annak elmaradásával összefüggésben kár érte. A talán *legnehezebben bizonyítható felróhatóság nem kerül vizsgálatra.*
- Emellett az eljárás lényegesen *gyorsabb* az évekig elhúzódó peres eljárásokhoz képest. Ez magyarázható egyrészt az előbbi pontban említettekkel, melynek révén a bizonyítás egyszerűbb, a döntés sokkal kevesebb vizsgálódást igényel, mint a hagyományos rendszerekben. Másrészt azzal, hogy az igények elbírálása kikerül a lassú és túlterhelt bíróságok hatásköréből és egy *külön erre a célra felállított adminisztratív testület* feladatává válik. Ugyanakkor a jogorvoslatihoz való jog sem szenved csorbát, hisz a testület döntéseivel szemben lehet felülvizsgálatot kérni és végső fokon a bírói út sincs elzárva a féltől. Harmadrészt azzal, hogy az eljárás lefolytatásának törvényben meghatározott határideje van, így például Új-Zélandon a kérelem beérkezésétől számított legkésőbb 9 hónap múlva meg kell születnie a döntésnek.

- *Az eljárás adminisztratív költségei is lényegesen alacsonyabbak a hagyományos rendszerekénél. A skandináv országokban körülbelül 700 € az eljárás összadminisztratív költsége. Ezzel szemben a hagyományos kártérítési rendszerekben ha csak a két fél ügyvédi költségeit összegezzük már akkor is legalább 30.000 €-s összeget kapunk.<sup>32</sup> Az Egyesült Államokban pedig azt mutatják a tapasztalatok, hogy az ügyvédek az olyan ügyeket, ahol a kártérítési összeg várhatóan nem éri el az 50.000 \$-t el sem vállalják a várhatóan magas költségek miatt.<sup>33</sup>*
- *Az alacsony adminisztratív költségeknek van még egy nagyon pozitív hozadéka, nevezetesen az, hogy a kártérítési összegeknek lényegesen nagyobb aránya jut el ténylegesen a károsulthoz, mint a bírósági kártérítési rendszerekben. A felróhatóságot nem vizsgáló kompenzációs rendszerekben körülbelül a 80%- a, míg a hagyományos rendszerekben csak 40%- a, az összeg nagyobbik részét ugyanis felemésztik az eljárás költségei.<sup>34</sup>*

A modell további előnyös tulajdonságai az alábbiakkal foglalhatóak össze:

- A rendszer alapvető jellemzői között került említésre, hogy a betegeknek az egészségügyi ellátása során keletkezett valamennyi kárát olyan balesetnek tekintik, amely a biztosítási szerződés hatálya alá tartozik és igényt lehet érvényesíteni vele kapcsolatban. Ennek folyományaként *sokkal több igényérvényesítési eljárás zajlik le, mint ahány pert megindítanak a hagyományos rendszerekben. Ennek ellenére így is lényegesen kisebb a rendszer fenntartási költsége, mivel a kártérítésként megítélt összegek limitáltak és jóval alacsonyabbak, mint a bírósági kártérítési rendszerekben.* Számadatokkal alátámasztva: Svédországban a modell bevezetése óta ugyan 50 %- kal magasabb az igényérvényesítéseknek az orvosok számához viszonyított aránya, mint az Egyesült Államokban. Viszont az egészségügyi ellátás során keletkező károk kompenzálására fordított összeg az egészségügyi ellátás összköltségének 0,16 %- át teszi ki. Ez pedig kevesebb, mint a tizede az Egyesült Államokban hasonló célra fordított összegeknek.<sup>35</sup>
- Ami véleményem szerint még ennél is fontosabb előnye ennek a megoldásnak az, hogy *nem alakít ki érdekellentétet, ellenszenvet az orvos és a beteg között.* Itt ugyanis nincs per, amelyben ahhoz, hogy a beteg megkapja a pénzt, mindenáron el kell lehetetleníteni az orvost, ahol be kell bizonyítania, hogy nem úgy járt el, ahogy az az adott helyzetben általában elvárható, hogy vétett a szakmai szabályok ellen. Az egészségügyi szolgáltatók itt nem ellenérdekeltek abban, hogy a károsult megkapja a megfelelő kompenzációt két okból sem.
  - Egyrészt azért, mert *az intézményeknek nem kell attól tartaniuk, hogy a károsult sikeres igényérvényesítése rájuk közvetlen pénzügyi hatással lesz.* Itt ugyanis megvan a kompenzációs összeg fedezete és nem fordulhat az elő, hogy az egészségügyi szolgáltató költségvetéséből kell a hiányzó összeget pótolni. Nem úgy, mint a felróhatósági rendszerekben, ahol a biztosítók meghatározzák a kártérítési összeg felső határát mind káreseményenként mind évenként és az esetleges különbözetet az egészségügyi szolgáltatónak kell fizetnie. Sőt még az is előfordulhat, hogy a biztosító visszkereseti jogát érvényesíti, és ezzel teljesen ráterheli a kártérítési összeget a szolgáltatóra.
  - Másrészt azért sem, mert *a szolgáltatóknak nem kell attól tartaniuk, hogy egy nagy közérdekklődésre számot tartó „műhibaper” következményeként jelentős presztízscsökkenést szenvednek, ez az eljárás ugyanis nem kap nyilvánosságot.*

A felróhatóságot nem vizsgáló kompenzációs rendszer *árnyoldala*:



- Egyrészt abban ragadható meg, hogy a szankcióként alkalmazott *kártérítés egyik alapvető funkciója, a prevenciós hatása elvész*. Az egészségügyi szolgáltatók ugyanis nincsenek arra ösztönözve, hogy tegyenek meg mindent a hasonló esetek elkerülése érdekében. Éppen az előző pontokban említett rájuk nézve előnyös jellemzők miatt, nevezetesen, hogy nem kell tartaniuk attól, hogy az igényérvényesítés rájuk közvetlen pénzügyi hatással lesz, valamint a nagy nyilvánosság miatt elszenvedett presztízscsökkenéstől sem.
- Másrészt ott érhető tetten, hogy igaz, hogy sokkal több igényt érvényesítenek és többen jutnak kompenzációhoz, viszont a rendszer működőképességének biztosítása érdekében *a kártérítési összegek limitáltak és lényegesen alacsonyabbak, mint a hagyományos bírósági kártérítési rendszerekben*.<sup>36</sup> Ez véleményem szerint hasonló problémákat vet föl, mint az Egyesült Államok egyes államaiban bevezetett felső összeghatár a nem vagyoni károk tekintetében. Vagyis: előnyös, hogy az alacsony adminisztratív költségek miatt a kisebb sérelmek miatt is eljárást indítanak a károsultak, megkapják a kompenzációt és jóval többen kapják meg, mint a hagyományos rendszerekben. Ugyanakkor az összegek limitált volta miatt a jelentősebb sérelmet szenvedettek nem kapják meg a megfelelő kártérítést. Így tulajdonképp a rendszer működőképességéért a legjelentősebb kárt elszenvedettek fizetnek. Viszont az ezzel a kérdéskörrel kapcsolatos, az amerikai helyzet vizsgálatakor kifejtett álláspontomon itt sem kívánok változtatni. Emellett itt is *vannak olyan igények, amelyek nem tartoznak a kompenzálható károk körébe* és az utóbbi években már a felróhatóságot nem vizsgáló rendszerekben is érvényesülő tendencia, hogy szűkítik a kompenzálható károk körét.

Összességében azt mondhatom, hogy *a no-fault compensation system sem tökéletes*, ugyanis számos kedvező tulajdonsága mellett ennek a rendszernek is megvannak a gyenge pontjai. Úgy gondolom, hogy *tökéletes rendszer nem létezik*, és amikor azt a kort éljük, hogy az egészségügyi felelősségbiztosítás a világ legtöbb országában komoly problémákkal küzd és nemhogy nem tökéletes, hanem lassan már nem is működőképes, nem is arra kell törekednünk, hogy tökéletes rendszert alkossunk. Sokkal inkább arra, hogy a rendszereket úgy változtassuk meg, hogy működőképességüket visszanyerjék és a felelősségbiztosítás jogintézménye betölthesse az eredeti funkcióját. Mivel *a történelmi, gazdasági, társadalmi hagyományok és adottságok országonként különbözőek, nincs egyetlen olyan modell sem, amely valamennyi állam esetében megoldást jelenthetne, így a felróhatóságot nem vizsgáló felelősségi rendszerre sem így kell tekintenünk*. Viszont mindenképp megfontolandónak tartom a válsággal küzdő országok rendszereinek megreformálása során a no-fault compensation system eredményeinek figyelembe vételét, átvételét, természetesen az adott ország viszonyainak megfelelően módosítva.

<sup>1</sup> A Debreceni Egyetem Állam-és Jogtudományi Karának V. éves, nappali tagozatos hallgatója.

<sup>2</sup> Legutóbb 2005-ben volt törvénymódosítás.

<sup>3</sup> DÓSA Ágnes, *Felelősség vagy biztosítás?*, Lege Artis Medicinae, 1996, 6. szám 263. o.

<sup>4</sup> GELLÉR Balázs: Az orvosi felelősségbiztosítás a magyar jogban. In: SÓTONYI Péter (szerk.) *Orvosi felelősség*, Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006 317.o.

<sup>5</sup> DÓSA Ágnes: *Az orvos kártérítési felelőssége*, HVG-ORAC, Budapest, 2004., 34. o.

<sup>6</sup> Workers' Compensation for Accidents Act

---

<sup>7</sup> Matthew HITZHUSEN: Crisis and reform: Is New-Zeland's no fault compensation system a reasonable alternative to the medical malpractice crisis in the United States? *Arizona Journal of International & Comparative Law*, Vol. 22., No. 3, 2005 652. o.

<sup>8</sup> HITZHUSEN i.m. 654. o.

<sup>9</sup> Jerome HARLESTON: *No-fault medical liability compensation system*, 16th April 2003, <http://www.cga.ct.gov/2003/olrdata/ins/rpt/2003-R-0386.htm>, {letöltve: 2008. szeptember 16.}, 1. o.

<sup>10</sup> The Accident Compensation Act of 1972

<sup>11</sup> HITZHUSEN i.m. 656. o.

<sup>12</sup> 1982, 1992, 1998, 2001

<sup>13</sup> The Injury Prevention, Rehabilitation and Compensation Act of 2001

<sup>14</sup> Accident Compensation Commission

<sup>15</sup> Marie BISMARCK, Ron PATERSON, *No-fault compensation in New-Zeeland: harmonizing injury compensation, provider accountability and patient safety*, Health Affairs, Vol. 25, 2006, 279. o.

<sup>16</sup> Az aktív keresők sérelmeinek fedezetéül szolgáló pénzalapból, ha a kérelmező ilyen státuszú vagy a keresettel nem rendelkezőket ért balesetek kompenzációjára felállított pénzalapból, ha a kérelmező maga sem kenyérkereső.

<sup>17</sup> *About the Injury Prevention, Rehabilitation and Compensation Act of 2001*, <http://www.acc.co.nz/about-acc>, {letöltve: 2008. augusztus 12.}

<sup>18</sup> Ilyen például az egyszeri kártérítési általány 70.000 dolláros összeghatárig.

<sup>19</sup> Information Manager

<sup>20</sup> HITZHUSEN i.m. 669. o.

<sup>21</sup> 2004-ben a minimális összege 2.600 dollár volt, míg a felső határa 104.000 dollár volt.

<sup>22</sup> HITZHUSEN i.m. 663-664. o.

<sup>23</sup> medical misadventure

<sup>24</sup> medical error

<sup>25</sup> medical mishap

<sup>26</sup> Akkor tekinthető ritkának egy kedvezőtlen következmény, ha a bekövetkezésének valószínűsége a szokásos alkalmazási körében kevesebb, mint 1 %.

<sup>27</sup> Ez a követelmény akkor valósul meg, hogy ha a kezelés következtében a páciens meghal vagy több, mint 40 napon át kórházi ellátásra szorul vagy ha valamely alapvető képessége számottevően csökken.

<sup>28</sup> HITZHUSEN i.m. 666. o.

<sup>29</sup> HITZHUSEN i.m. 668-669. o.

<sup>30</sup> Az egészségügyi szolgáltató csak akkor élhet a független bíráló döntésével szemben jogorvoslattal, ha azt állapította meg a döntésében, hogy az érintett szolgáltató által elkövetett orvosi hiba miatt következett be a sérelem.

<sup>31</sup> exemplary damages

<sup>32</sup> HOPE (Hospitals in the European Union), *Insurance and malpractice*, Final Report, Brussels, 12 April 2004, 21. o.

<sup>33</sup> DÓSA i.m. (Lege Artis Medicinae, 1996) 263. o.

<sup>34</sup> DÓSA i.m. (HVG-ORAC) 34. o.

<sup>35</sup> GELLÉR i.m. 317. o.

<sup>36</sup> DÓSA i.m. (HVG-ORAC) 35. o.